



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Asociación entre funcionalidad familiar y depresión en
escolares adolescentes de la Institución Educativa
Ricardo Palma de Surquillo**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTOR

Ninoska Mora Espinoza

LIMA – PERÚ
2015

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO	7
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	7
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
2.3 MARCO TEÓRICO.....	14
2.4 HIPÓTESIS	22
2.5 OBJETIVOS	22
2.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
2.5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	22
3. MATERIAL Y MÉTODOS	23
3.1 TIPO DE ESTUDIO	23
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	23
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	23
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	23
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	24
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS	25
3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
4. RESULTADOS	26
5. DISCUSIONES	31
6. CONCLUSIONES	34
7. RECOMENDACIONES	35
8. BIBLIOGRAFÍA.....	36
9. GLOSARIO.....	41
10. ANEXOS	42
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo durante el período de estudio 2014.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal. Se analizó a 151 escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo de estudio 2014. Para las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central y de dispersión asimismo para las variables cualitativas se usó frecuencias absolutas y porcentajes, además de la prueba de chi-cuadrado para el análisis de asociación, con un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS: La edad media de los escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo fue $14,9 \pm 1,0$ años, siendo más frecuente el rango de edad entre 13 a 15 años (67,5%); con predominio del sexo masculino (62,9%) y de los adolescentes de quinto grado (35,1%). Según el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para depresión, se observó que más de la mitad de alumnos tenían depresión mínima (50,3%) y solo un 4,6% presentó depresión severa. Además, para el control de tratamiento encontramos que los estudiantes que tuvieron ≤ 4 puntos en el cuestionario no necesitan tratamiento (50,3%); mientras que de 5 a 14 puntos se recomienda utilizar juicio clínico (36,4%) y con un puntaje mayor a 15 puntos deben recibir tratamiento (13,2%). En relación a la funcionalidad familiar, se utilizó la escala FACES III, donde se observó que en la dimensión de cohesión familiar la mayoría de los alumnos tenía vinculación separada (31,8%) y conectada (31,1%), mientras que sólo el 9,3% fue aglutinada. Asimismo, en la dimensión de adaptabilidad familiar la mayoría de los alumnos tenían adaptabilidad caótica (39,1%) sin embargo un menor porcentaje presentó adaptabilidad rígida (7,3%). El resultado de la mayoría de los adolescentes escolares fue funcionalidad familiar en rango medio (49%); mientras que el 33,8% fue balanceada y solo un 17,2% manifestó funcionalidad familiar en extremo. Al analizar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en los escolares adolescentes encontramos que aquellos que tenían depresión mínima presentaron una mayor frecuencia de funcionalidad balanceada y rango medio (20,5% en ambos casos), sin embargo en quienes tuvieron depresión severa ninguno presentó funcionalidad balanceada, por el contrario solo se identificó rango medio (4%) y extremo (0,7%). Finalmente se puede afirmar que existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la cohesión familiar ($p=0,033$).

CONCLUSIONES: Existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo.

PALABRAS CLAVES: Depresión, PHQ-9, funcionalidad familiar, FACES III, adolescentes.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between family functioning and depression in adolescent students of Educational Institution Ricardo Palma of Surquillo during the period of study 2014.

METHODOLOGY: Observational, analytical, prospective cross-sectional study. It was analyzed 151 school adolescents of Educational Institution Ricardo Palma of Surquillo during the period of study 2014. For quantitative variables measures of central tendency and dispersion was estimated, also for qualitative variables absolute frequencies and percentages were used, in addition to the chi-square test for association analysis with a significance level of 5%.

RESULTS: The average age of school adolescents of Educational Institution Ricardo Palma of Surquillo was $14,9 \pm 1,0$ years, with the most frequent age range 13-15 years (67.5%); with predominance of male sex (62.9%) and fifth grade adolescents (35.1%). According to the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for depression, it was observed that more than half of students had minimal depression (50.3%) and only 4.6% had severe depression. In addition, for the control of treatment, we found that students who had ≤ 4 points in the questionnaire do not need treatment (50.3%); while from 5-14 points is recommended clinical opinion (36.4%) and with a score higher than 15 points should receive treatment (13.2%). In relation to family functioning, FACES III scale was used, where it was noted that the dimension of family cohesion most students had separated linkage (31.8%) and connected (31.1%), while only 9.3% was enmeshed. Also in the dimension of family adaptability most students had chaotic adaptability (39.1%), however a lower percentage presented rigid adaptability (7.3%). The result of most school adolescents was familiar functionality in midrange (49%); while 33.8% was balanced and only 17.2% reported family functioning in extreme. By analyzing the relationship between depression and family functioning in school adolescents, it was found that those with minimal depression had a higher frequency of functionality and balanced midrange, 20.5% in both cases; however, in those who had severe depression, none had balanced functionality, in contrast only midrange (4%) and end (0.7%) was identified. Finally we can say that there is significant association between family functioning and family cohesion ($p = 0.033$).

CONCLUSIONS: There is a significant association between family functioning and depression in school adolescents of Educational Institution Ricardo Palma of Surquillo.

KEYWORDS: Depression, PHQ-9, family functioning, FACES III, adolescents.

1. INTRODUCCIÓN

La familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Asimismo, esta unidad debe permitirles a los individuos desarrollar sus habilidades, enseñándoles a superar las limitaciones que existen. Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia.⁽¹⁾ La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar así como de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar pueden producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.^(2,3)

Los adolescentes son uno de los grupos etáreos que presentan mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este período y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.⁽¹⁾ Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, también factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como la labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente.⁽⁴⁾

En este sentido, si bien se reconoce la relevancia de los trastornos depresivos en adolescentes, muchas veces no se les proporciona la atención debida. Por tanto, resulta de vital trascendencia realizar investigaciones tendientes a determinar la asociación entre funcionalidad familiar y la presencia de depresión en adolescentes, dado que estos trastornos se constituyen en un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente.^(2,5) Una atención especializada y oportuna les permite a los adolescentes deprimidos desarrollar su potencial y llevar una vida productiva libre de sufrimientos y patologías psíquicas.⁽⁶⁾ Es así que el propósito del presente estudio es el de conocer la asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en escolares adolescentes y con ello poder contribuir con el desarrollo de proyectos, programas y planes que permitan la detección y la intervención temprana del episodio depresivo en adolescentes dentro de familias vulnerables o familias en riesgo, las cuáles pueden ser identificadas mediante la aplicación de Instrumentos de Medicina Familiar y que en coordinación con el Centro de Salud de Surquillo realizar un Plan de Atención Integral Familiar, por supuesto con el apoyo multidisciplinario respectivo del Establecimiento de Salud.

2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años.⁽⁷⁾ Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado una prevalencia de depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) en adolescentes que fluctúa entre 0.4 % a 8.3% y una prevalencia de vida entre 15% y 20%.^(8, 9, 10) Un estudio realizado en Oregón se estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida. Se reporta además, una alta proporción del trastorno depresivo mayor recurrente en los familiares de estos jóvenes.⁽¹¹⁾

En México, se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes donde se vio que el 33% presentaron disfunción familiar, clasificándose como moderada en 27.2% y grave en 5.9%.⁽¹²⁾ El 4% fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. El riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar no fue significativo. Asimismo en Cuba, encontraron una prevalencia de 38% de depresión clínica global y el 45% presentó ideación suicida, de los cuales los más altos porcentajes se dieron en el grupo de edad entre los 15 y 17 años y de sexo femenino.⁽¹³⁾ Además, al evaluar los factores de riesgo familiares asociados a la ideación suicida en adolescentes en Chile, se encontró relación con que la ideación suicida del adolescente correlaciona moderadamente con el intento suicida de un familiar y con la adaptabilidad familiar adolescente. Además se encontró que controlando el efecto de la ideación suicida, la adaptabilidad familiar adolescente está asociada al intento suicida.⁽¹⁴⁾ En el 2003, se llevó a cabo una investigación en 711 adolescentes y se reportó que la disfunción familiar influye en la génesis de las depresiones en la adolescencia. Las depresiones en la adolescencia en grupos de determinada edad, procedencia y nivel académico fueron más frecuentes en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros.⁽¹⁵⁾

En Perú, el informe general del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002 reportó que el 36.2% de las personas adultas encuestadas maltrata psicológicamente a sus hijos, insultándolos o desvalorizándolos, cuando no obedecen o cuando no hacen las tareas, mientras que el 43,2% alguna vez ha castigado físicamente a sus hijos, aduciendo como razones la desobediencia, las peleas con los hermanos o las bajas notas. Según el mismo estudio, el trastorno emocional prevaleciente en adolescentes fue la depresión con un 8.6% (IC 95%: 6.7%-11.1%).⁽¹⁶⁾

Asimismo, se realizó un estudio en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao, mostrando resultados diversos. A medida que el irrespeto por la familia era mayor, la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 6.2% a 17.0%; $p=0.002$).⁽⁸⁾ Por otro lado, en un estudio realizado en escolares de Instituciones Educativas de Lima- El 2010, en Lima se encontró que la sintomatología depresiva, la disfunción familiar, la conducta disocial son factores asociados a ideación suicida en escolares de secundaria; la disfunción familiar se vio como un factor muy relacionado con este fenómeno. La prevalencia de ideación suicida en escolares de 12 a 17 años fue de 20.1% con una ligera prevalencia de sexo femenino sobre el masculino.⁽¹⁷⁾

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en los escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma durante el periodo de estudio 2014?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Con la finalidad de sustentar la presente investigación, se realizó una revisión de un conjunto de estudios relacionados con el tema, previa revisión de buscadores como Lilacs, Pubmed, Scielo, entre otros.

Antecedentes internacionales

Ulate D, (2013) realizó un estudio en Costa Rica que llevó por título “Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez” con el objetivo de describir la prevalencia del riesgo

biopsicosocial y la percepción de la funcionalidad familiar de las personas adolescentes. La población constó de 124 adolescentes de sexto con un promedio de edad de 11,66 años. Los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: ausencia de confidente (36,3%), sensación de depresión (23,4%), participación en peleas (12,1%) e ideas de muerte (8,1%). La prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4%. En lo relacionado con la sensación de depresión, se pudo determinar que la ausencia de este factor de riesgo se encuentra vinculada con la percepción de una buena función familiar ($p=0,002$). Entonces, se propone que la familia funcional podría ser un factor protector. Se concluyó que los mayores problemas encontrados en los adolescentes fueron: ausencia de un confidente, sensación de depresión, participación en peleas e ideas de muerte. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas.⁽¹⁸⁾

Pérez I, y col (2012) realizaron un estudio en Colombia que llevo por título “Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos” con la finalidad de determinar la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental y factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios bogotanos; para esto se incluyó a 309 adolescentes con un promedio de edad, de $13,83 \pm 0,9$ años, predominó el género femenino (58,6%) y el estrato socioeconómico 3 (68,3%). La probabilidad de riesgo para comportamiento suicida y/o síntomas mentales fue de 47,6%; 26,5% tuvo alguna manifestación suicida; 14,23% tuvo ideación suicida en los últimos tres meses; 3,55% tuvo intentos suicidas alguna vez en la vida, y 8,73%. La disfuncionalidad familiar se encontró asociada con riesgo para enfermedad mental y/o suicidio, lo que mostró una tendencia de disfuncionalidad familiar severa (80%), moderada (51,6%), leve (47,3%) y buena función familiar (31,8%) ($p < 0,001$), y el riesgo de comportamiento suicida fue mayor en los estudiantes con depresión (78,1% frente a 19,7%, $p < 0,001$). Se concluyó que la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar, el género femenino, la edad ≥ 15 y la violencia intrafamiliar son factores asociados al riesgo suicida y/o enfermedad mental en adolescentes, y las buenas relaciones familiares se asocian con menor riesgo.⁽¹⁹⁾

Barrientos V, y col (2010) efectuaron un estudio en México que se tituló “Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos” con el propósito de determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos. De un total de 1,648 adolescentes de encontró depresión en el 7%. Las características sociodemográficas y familiares fueron: mujeres 74%, de 13 años de edad 40%, con novio(a) 44%, vid sexual activa 3%, consumían alcohol 14%, tabaco 9%, drogas 4,5%, padre casados 53%. Predomino la familia nuclear simple (55%), seguida de la mono parental extensa (13%) y la extensa (16%). Se encontró que la depresión fue mayor en el sexo femenino. Otros hallazgos se refieren a la presencia de depresión con el inicio de vida sexual en edades tempranas, consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se concluyó que el hecho de no identificar a la depresión en edades tempranas, tiene repercusiones desfavorables en el ámbito personal, familiar y social.⁽²⁰⁾

Cogollo Z, y col (2009) realizaron un estudio en Colombia que llevó por título “Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia” para establecer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo. Participaron 424 estudiantes con edad promedio del grupo fue de 14,7 años, el 59% fueron mujeres. La prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica fue 41%. En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar por parte de adolescentes, se encontró entre los varones un 62,1% de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres, OR=1,19 (IC95% 0,78-1,78). En el análisis multivariado no se encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica. Se concluyó que la disfuncionalidad familiar no se asocia a síntomas depresivos con importancia clínica en los adolescentes del presente estudio.⁽²⁾

Álvarez M, y col (2009) realizaron un estudio en México de título “La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes” con el propósito de estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas. La muestra constó de 244 adolescentes, cuya media de edad fue de 13,43 años. Se encontró depresión mínima en 52%, leve en 13,1%,

moderada 18%, y depresión severa fue de 16,8%. La mayoría de los participantes se ubican en el nivel medio de conflictos familiares (62,7%), donde la mayoría fueron mujeres con 62% de los moderados, en el caso de los varones, el 63,3% de ellos se hallaron en el nivel de conflicto moderado. En cuanto a los niveles de conflicto familiar y el tipo de comunidad, se puede observar que la mayoría de los encuestados, tanto de comunidades rurales como urbanas, se ubican en el rubro conflicto moderado (rural: 60,4% urbana: 64,4%). Al correlacionar depresión y los conflictos familiares en adolescentes del estado de Tlaxcala, encontrando que existe una correlación inversamente proporcional entre estas variables, ($r = -.313$, $p < 0.01$), lo cual sugiere que a mayores índices de depresión existe menor cohesión familiar. Este estudio nos indica que ciertos elementos del clima familiar, la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, están relacionados con la sintomatología depresiva en los adolescentes.⁽²¹⁾

Pavez P, y col (2009) realizaron un estudio en Chile titulado “Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo” para evaluar los factores de riesgo familiares asociados al intento de suicidio en adolescentes con un trastorno depresivo. Los resultados obtenidos en esta investigación indicaron que 10 adolescentes presentaron depresión leve, 15, moderada y 7, grave. Al analizar la asociación de los factores de riesgo familiares con el intento suicida de adolescentes con trastorno depresivo, los análisis no arrojaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Sin embargo, al efectuar los cálculos con la ideación suicida, se encontraron asociaciones por un lado con la adaptabilidad familiar adolescente ($r = 0,44$; $p = 0,01$). Respecto al nivel de salud mental de los padres y su asociación con el intento suicida en adolescentes con trastorno depresivo, no se verificó relación estadística significativa. Existe una relación positiva entre ideación suicida y adaptabilidad familiar (adolescente). Se concluyó que el intento de suicidio en este grupo de adolescentes se asoció con la adaptabilidad familiar y la ideación suicida por familiares cercanos.⁽¹⁴⁾

Zapata J, et al (2007) realizaron un estudio en México que se tituló “Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia” con la finalidad de conocer la frecuencia de depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la

funcionalidad familiar. La población constó de 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de estos el 33% de fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 27.2% y grave en 5.9%, además hubo diferencia significativa en cuanto a género, 30.1 y 36.7% para hombres y mujeres, respectivamente ($\chi^2 = 3.65$, $P = 0.02$). Conjuntamente 4% fueron diagnosticados con depresión, 96.6% leve y 3.4% moderada. En 43.3% del total de los casos de depresión estuvo asociada a disfunción familiar, el riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar, considerada ésta como una variable dicotómica, no fue significativo (RM = 1.57, IC95% = 0.75-3.3). Como conclusión, se puede mencionar que la frecuencia de depresión observada fue menor a la reportada a nivel nacional y no hubo asociación significativa con la disfunción familiar.⁽¹²⁾

Antecedentes nacionales.

Torrel M, y col (2014) realizaron un estudio en Tumbes con el título “Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013” para determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y la depresión. Se obtuvo que el mayor porcentaje los alumnos provenientes de familias disfuncionales 60,2%, al aplicar el Test de Zung se observan adolescentes normales en un 59,1% y adolescentes ligeramente y moderadamente deprimidos en el 29,5 y 11,4% respectivamente. ($p < 0,05$). Respecto al nivel de depresión el género femenino fue mucho más propenso a esta patología ($p < 0,05$). Al asociar las variables se evidenció que gran porcentaje de los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales acusaron depresión ligera y/o moderada. Se concluyó que los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes presentan relación significativa.⁽²²⁾

Vargas H, y col (2010) realizaron un estudio en la sierra peruana con el título “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003” con el propósito de determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. La prevalencia del episodio depresivo en

adolescentes alcanzó un valor estimado de 5,7% (4,5% a 7,2% IC 95%). Se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en el grupo etáreo de 15 a 17 años (7,4%) ($p=0,018$), en el sexo femenino 8,3% ($p<0,001$). En cuanto a depresión y relaciones intrafamiliares, se encontró que a medida que el aumento del irrespeto por la familia (4,2% a 9,6%, $p=0,009$), sentir que se apoyan unos a otros (de 4,2% a 11,4%, $p=0,001$), sentir orgullo por la familia (de 4,5% a 17,0%, $p<0,001$), valores y principios similares a los de la familia (de 3,5% a 13,6%, $p<0,001$), reglas y castigos en el hogar (de 4,8% a 12,7%, $p=0,001$), compartir sentimientos y pensamientos con el padre (de 2,9% a 8,4%, $p<0,001$), compartir sentimientos y pensamientos con los hermanos (de 2,3% a 7,6%, $p=0,026$), mostraron diferencias estadísticamente significativas. Según abuso infantil, se encontró que los adolescentes que fueron víctimas de abuso sistemático presentaban una mayor prevalencia de episodio depresivo (11,9%) En base a lo encontrado, se concluyó que la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho es similar a la encontrada en otros países; y los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir.⁽⁸⁾

Antecedentes Locales:

En el distrito de Surquillo no se encontraron experiencias documentadas sobre la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes.

2.3 MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años.⁽⁷⁾ Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta,⁽²³⁾ dadas por su poca experiencia e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo.^(12,24,25)

El desarrollo adolescente tiene lugar sobre un telón de fondo de circunstancias sociales cambiantes, esta se conceptualiza a menudo como una transición entre la infancia y la edad adulta sin embargo acontecimientos sociales de la última década han afectado significativamente a la naturaleza de la transición.⁽²⁶⁾

Definir la adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. La amplia aceptación de la importancia de la adolescencia es relativamente reciente. De hecho, para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso. A menudo se espera que los adolescentes –y, muchas veces, los niños y niñas más jóvenes– trabajen, cubran sus gastos y hasta empuñen las armas. En este sentido, son considerados como adultos más pequeños y menos desarrollados.⁽²⁷⁾

Desarrollo psicológico

Como ya mencionamos el adolescente tiende a presentar actitudes impulsivas; adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo.^(12,24,25) Por ello, cuando se trata de diagnosticar enfermedad afectiva en niños y adolescentes es importante entrevistar a la familia.

La sociedad impone al adolescente un cambio de estatus, que incluye la necesidad de independencia y de buscar el porvenir fuera de la familia, unido a la necesidad de autonomía de los jóvenes con relación a sus padres, creando en el adolescente una lucha intrapsíquica y una ambivalencia respecto a la dependencia-independencia. La

experiencia de separación crea en él la necesidad de intensos estados emocionales y de pertenencia al grupo de amigos. Progresivamente, el adolescente se va distanciando de sus padres e integrándose en el grupo de amigos, cuya constitución y relaciones van cambiando. En un principio, el grupo de amigos es del mismo sexo y centrado en la actividad más que en la interacción.⁽²⁸⁾ Esto desata duelos importantes para las figuras parentales: el duelo por la pérdida de su hijo-niño, el duelo por el adolescente que fantasearon, el duelo por su rol de padres incuestionados. La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía.⁽²⁹⁾

Papel de la familia durante la adolescencia

El mejor lugar para que los adolescentes aprendan valores positivos acerca de las relaciones y adquieran habilidades para vincularse es el hogar, junto a la familia. La mayoría de estos valores y de estos conocimientos se adquieren en la vida cotidiana, cuando se brinda a los hijos atención, amor incondicional, aliento, apoyo y afecto. Es inevitable que surjan conflictos en todas las familias, aun cuando las relaciones sean óptimas; el conflicto es normal. Sin embargo, se puede resolver cuando se presenta.

Las conversaciones que fomentan la reflexión permiten la formación y clarificación de valores. Abordar temas cargados de valor como religión, sexo, calificaciones, comportamiento adecuado y, por supuesto, las drogas, ayuda a los adolescentes a reflexionar sobre sus valores. El diálogo en familia es también un medio importante para alentar a los hijos a pensar en el futuro, ya que ayuda a los adolescentes a tomar decisiones sensatas y especialmente importantes para el futuro.⁽³⁰⁾

Según Unicef la familia cumple un rol esencial para el pleno desarrollo del adolescente. Es la principal responsable de cuidar de los niños y niñas desde sus primeros años y

durante la adolescencia, y hacer que se sientan seguros, vinculados, valorados, informados, libres y capaces de expresar sus preocupaciones y necesidades.⁽³¹⁾

Factores de riesgo y protectores en la familia

La integración de los niños al sistema social depende de tres grandes dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria. Es en la dimensión familiar donde se adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles; además de preparar a la persona para el papel que desempeñará en el futuro. Si hablar de riesgo es referirse a la proximidad o contingencia de estar expuesto a un daño, y la familia es la dimensión que se encuentra en mayor cercanía a la persona, es entonces ésta la que involucra un nivel más alto de peligro, pues éste se clasifica por falta de apoyo, trato violento, deserción escolar y poca estancia en el hogar. En cuanto a los factores protectores, se alude a los recursos ambientales que están disponibles para las personas, así como las fuerzas que éstas tienen para adaptarse a un determinado contexto. Tales recursos provienen igualmente de las tres dimensiones antes mencionadas, dentro de los cuales, la familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en situaciones difíciles. La calidad de las relaciones del niño en la familia configuran sus modelos cognitivos internos y sus relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de la disponibilidad de los otros y en su capacidad posterior para percibir apoyo, tanto de los padres como de otras personas significativas. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas. Varios estudios han encontrado que la dificultad de comunicación con los padres se encuentra asociada a la dificultad de comunicación con los amigos, a tener malestar físico y psicológico y a un mayor consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas. Por ello resulta que determinados ambientes familiares, como la falta de comunicación o relaciones distantes pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes. En cuanto a las relaciones con cada figura paterna, la presencia del padre como figura de apoyo actúa como un factor de protección proximal, es decir que influye en el adolescente mientras esté presente, mientras que los problemas de comunicación con la madre constituyen un factor de riesgo distal, lo cual significa que no se requiere de la

presencia inmediata para surtir efecto, ya que ejerce una influencia indirecta en la conducta riesgosa, minimizando los recursos de apoyo percibidos del padre. Así, la calidad de las relaciones del adolescente con su madre pueden estar influyendo en sus modelos internos, en las relaciones con su padre y en su capacidad para percibir apoyo paterno.⁽³²⁾

DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos (TD) son el conjunto de enfermedades de salud mental más frecuentes en la población general. El Estudio Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos encontró una prevalencia de 9,5%, utilizando la entrevista estructurada CIDI.⁽³³⁾ Según la OMS: la depresión clínica será la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020 y en países en desarrollo será la primera causa.⁽¹⁾

Según la clasificación diagnóstica del Diagnostic and statistical manual of disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno.

Grupos de signos y síntomas relacionados con la depresión

- *Tristeza patológica:* Se diferencia de la tristeza como estado de ánimo "normal", cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y sexual, presentándose sin motivo aparente o tras un acontecimiento significativo; como una sensación muy profunda en la que el paciente se siente como si hubiera perdido el placer de vivir, con graves dificultades para brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.⁽³⁴⁾
- *Desgano y anhedonia:* el sujeto se torna apático, "sin ganas de vivir" y nada le procura placer.⁽³⁴⁾
- *Ansiedad:* es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por el contrario, cuando

predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida y quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables y agresivas.⁽³⁴⁾

- *Insomnio*: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersornnia (exceso de horas de sueño).⁽³⁴⁾
- *Alteraciones del pensamiento*: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.⁽³⁴⁾
- *Alteraciones somáticas*: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.⁽³⁴⁾
- *Alteraciones del comportamiento*: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.⁽³⁴⁾
- *Modificaciones del apetito y del peso*: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.⁽³⁴⁾
- *Pérdida del placer*: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el disfrute en el trabajo, el deporte, los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.⁽³⁴⁾
- *Culpa excesiva*: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede llevar a desilusiones.⁽³⁴⁾
- *Pensamiento suicida*: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.⁽³⁴⁾
- *Disminución de la energía*: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.⁽³⁴⁾

Prevalencia de la depresión

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit, de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (episodios de bulimia y anorexia).⁽¹⁾

El Estudio Chileno de Patología Psiquiátrica describe una prevalencia del 9% para Depresión Mayor.⁽³⁵⁾ En el Perú, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales, en especial la depresión y los trastornos de ansiedad, son problemas serios de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte, se calcula que el 12% aproximadamente la sufre. Según la Asociación Psiquiátrica Americana el 15% de las que la sufren intentan el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivo en los establecimientos del MINSA fue del 4.8% en 1997 y 5.1% en 1998. Y estudios en el instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” reportan las prevalencia de trastornos mentales en lima callao de 18.2% el 2002; en la sierra 16.2% el 2003 y en la selva 21.4% el 2004.⁽³⁶⁾

Diagnóstico de depresión (escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire))

Este es un instrumento que no sólo permite realizar una la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite además, definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los trastornos depresivos. El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico, quien debe evaluar muchos casos de falsos positivos. El PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton-D. Además presenta una validez de constructo y una validez predictiva concurrente con los criterios de CIE-10 para depresión.⁽³⁷⁾ En el Perú, el MINSA, en coordinación con Instituto Nacional de Salud ha realizado la validación por juicio de expertos del PHQ 9, como primer paso para su validación en el contexto peruano, calificándolo como válido para ser aplicado en el Perú.⁽³⁸⁾

Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación:⁽³⁷⁾

- Síndrome depresivo mayor (SDM): presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de "más de la mitad de los días" (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.⁽³⁷⁾
- Otro síndrome depresivo (OSD): presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por "más de la mitad de los días" (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.⁽³⁷⁾
- Síntomas depresivos positivos (SD+): presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.⁽³⁷⁾
- Síntomas depresivos negativos (SD-): no presenta ningún criterio diagnóstico "más de la mitad de los días" (valores < 2).⁽³⁷⁾

Entorno familiar y depresión

La familia es la institución social básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes.^(2,39) Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella.⁽²⁾ La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar pueden producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él.^(2,3) En el grado en el que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional.^(12,39,40) La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque

requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. (41,42).

Evaluación de la funcionalidad familiar *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*

La es una de las características que más distinguen al médico de familia de otras disciplinas generalistas; por esta razón, los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad de la familia deben ser utilizados con la mayor confianza y ser percibidos como herramientas relativamente “seguras” para que los profesionales de esta disciplina y las afines confíen en sus resultados. Uno de estos instrumentos es el *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES), cuyo proceso de traducción y adaptación transcultural al idioma español solamente ha sido reportado en trabajos mexicanos y en ningún otro país de Latinoamérica. FACES III en el idioma español que se habla en México es fiable (70% con el índice alfa de Cronbach) y válido (validez de constructo), comparado con el fiabilidad promedio (versión anglosajona) es de 0,80.⁽⁴³⁾

Ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.⁽⁴⁴⁾

Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes.

- La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento (“Familia Real”).⁽⁴⁴⁾
- La parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia (“Familia Ideal”). Esta parte incluye los mismos ítems que primera, pero se modifica la consigna general. De las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se puede obtener el índice de satisfacción que la persona tiene con el funcionamiento de su familia.⁽⁴⁴⁾

2.4 HIPÓTESIS

La funcionalidad familiar está asociada a la depresión en los escolares adolescentes de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo 2014.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo General:

Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo 2014.

2.5.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer la frecuencia de depresión en los escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo 2014.
- ❖ Identificar la funcionalidad familiar de los escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo 2014.
- ❖ Identificar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en los escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo 2014.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Analítico, observacional de corte transversal.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio descriptivo transversal.

3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Universo: Todos los escolares adolescentes de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo.

Población: Todos los escolares adolescentes de tercero a quinto año de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo de estudio 2014.

3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de análisis: Un adolescente escolar de tercero, cuarto o quinto año de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo de estudio.

Tamaño de la muestra: según reportes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo se tiene una población de estudio de 450 escolares adolescentes durante el periodo de estudio 2014.

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula para población finita con una precisión del 3% e intervalo de confianza del 95%, mediante el cual se tuvo una muestra de 206 escolares adolescentes en la I. E. Ricardo Palma de Surquillo durante el periodo de estudio 2014, que cumpla con los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión planteados en el estudio.

Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N= población de estudio= 450 escolares adolescentes

Z= coeficiente de confiabilidad con un nivel de confianza de 95% que corresponde a 1.96.

p= proporción estimada de depresión según bibliografía = 8.6%

q= 1-p = 449 escolares adolescentes

d= precisión o magnitud de error en este estudio se usa $\pm 3\% = 0.03$

Reemplazando:

n = 260 escolares adolescentes.

Tipo de muestreo: Probabilístico.

Técnica de muestreo: Sistemático.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes adolescentes de 13 a 17 años.
- Estudiantes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo.
- Estudiantes que acepten participar en la encuesta.
- Estudiantes que cuenten con autorización escrita de los padres.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes con problemas psiquiátricos o retardo mental.
- Estudiantes que den información incompleta o inconsistente.

3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Independiente

- ❖ Funcionalidad familiar del escolar adolescente.

Dependiente

- ❖ Depresión.

3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

Dentro de las tareas para la realización del estudio se tiene las siguientes:

- Se solicitó la autorización al director de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo, para la ejecución del estudio.
- Posteriormente se solicitó la aprobación del proyecto a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Luego se procedió al registro de la información en la ficha de recolección de datos, de acuerdo a los objetivos y variables planteada. El responsable de la recolección fue el investigador para evitar el sesgo de medición.
- Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS V.22 en español; previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la Operacionalización de las variables y objetivos.

Para el **Análisis descriptivo** de las variables cualitativas se estimó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se estimó las medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó las herramientas gráficas: diagrama de barras y/o diagrama circular.

Para el **Análisis Inferencial** se planteó analizar el grado de asociación de las variables estudiadas sobre la base del cálculo de la prueba Chi-cuadrado con un nivel de confianza (IC) del 95%. Se consideró significativo un valor $p \leq 0.05$.

4. RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados de los 151 escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la Institución Educativa “Ricardo Palma” de Surquillo durante el periodo de estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los escolares adolescentes de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

Características sociodemográficas	N	%
Edad	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. – Máx.)	
	14,9 \pm 1,0 (13 - 17)	
13 a 15 años	102	67,5%
15 a 17 años	49	32,5%
Sexo		
Masculino	95	62,9%
Femenino	56	37,1%
Nivel secundario		
Tercer grado	46	30,5%
Cuarto grado	52	34,4%
Quinto grado	53	35,1%
Total	151	100%

La edad promedio de los escolares adolescentes fue de 14,9 \pm 1,0 años, donde la mayoría tenía entre 13 y 15 años. Asimismo el 62,9% de los alumnos era de sexo masculino y el 37,1% femenino; además la mayoría de los alumnos era de quinto grado. (Ver tabla 1 y gráfico 1, 2)

Gráfico 1. Edad de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

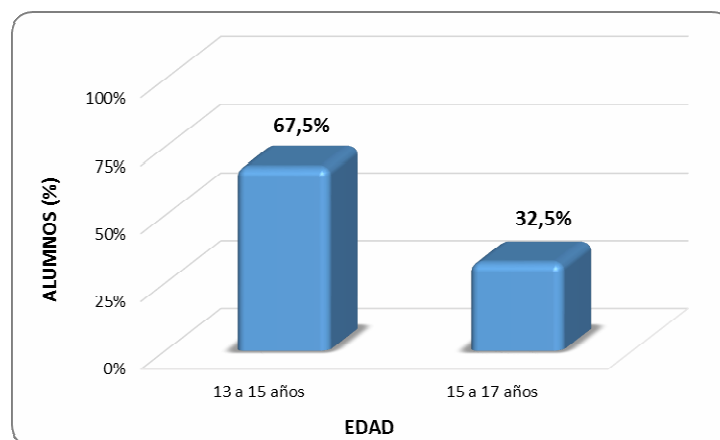


Gráfico 2. Sexo de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

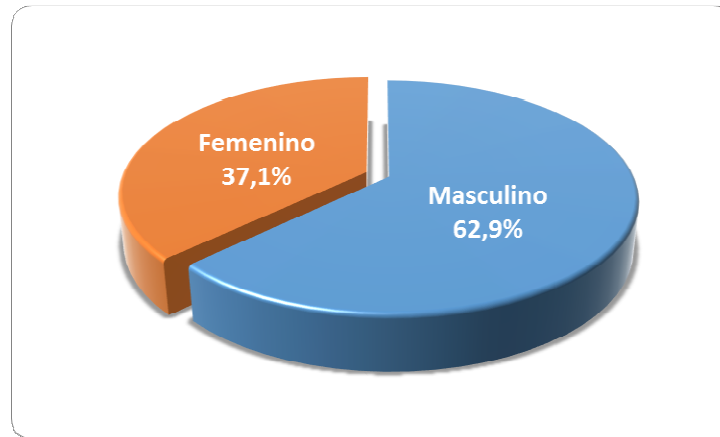


Tabla 2. Diagnóstico y control del tratamiento de depresión de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

Depresión		
Diagnóstico	N	%
Depresión mínima	76	50,3%
Depresión leve	38	25,2%
Depresión moderada	17	11,3%
Depresión moderada severa	13	8,6%
Depresión severa	7	4,6%
Control del tratamiento		
No necesita tratamiento (≤ 4)	76	50,3%
Utilizar juicio clínico (5 a 14)	55	36,4%
Tratamiento (≥ 15)	20	13,2%
Total	151	100%

Según el diagnóstico de depresión, se observó que el 4,6% de los alumnos tenía depresión severa, mientras que el 8,6% tenía depresión moderada severa y la mitad de los pacientes tenía depresión mínima. Por otro lado, en la planificación y control de la depresión, el 13,2% de los alumnos necesita tratamiento, el 36,4% el médico debe utilizar su juicio crítico sobre el tratamiento y la mitad de los alumnos no necesita tratamiento para la depresión. (Ver tabla 2 y gráfico 3)

Gráfico 3. Diagnóstico de depresión de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

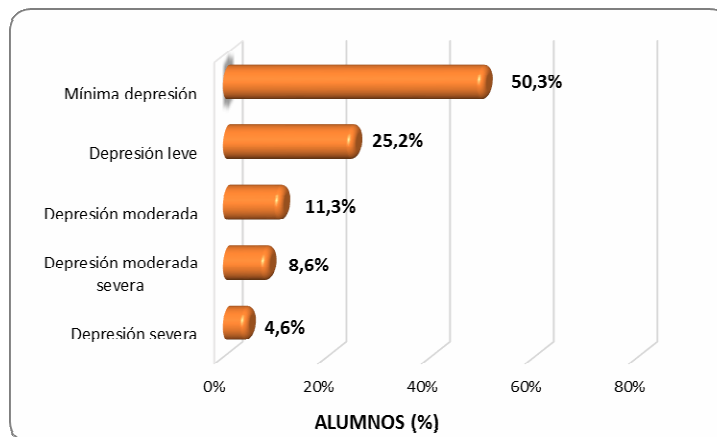


Tabla 3. Funcionalidad familiar de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

Funcionalidad Familiar		
Cohesión	N	%
Desvinculada	42	27,8%
Separada	48	31,8%
Conectada	47	31,1%
Aglutinada	14	9,3%
Adaptabilidad		
Rígida	11	7,3%
Estructurada	36	23,8%
Flexible	45	29,8%
Caótica	59	39,1%
Total	151	100%

En cuanto a la funcionalidad familiar, se observó que en la cohesión familiar la mayoría de los alumnos tenía vinculación separada (31,8%) y conectada (31,1%), mientras que sólo el 9,3% fue aglutinada. Asimismo, en la adaptabilidad familiar se observó que la mayoría de los alumnos tenía adaptabilidad caótica (39,1%), el 29,8% flexible y el 7,3% tenía adaptabilidad rígida. (Ver tabla 3)

Tabla 4. Funcionalidad familiar de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

Funcionalidad familiar	N	%
Balanceado	51	33,8%
Rango medio	74	49,0%
Extremo	26	17,2%
Total	151	100%

Según la escala FACES III se observó que, la mayoría de los adolescentes escolares tenía funcionalidad familiar en rango medio (49%); mientras que el 33,8% fue balanceada y sólo el 17,2% tenía funcionalidad familiar en extremo. (Ver tabla 4 y gráfico 4)

Gráfico 4. Funcionalidad familiar de los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

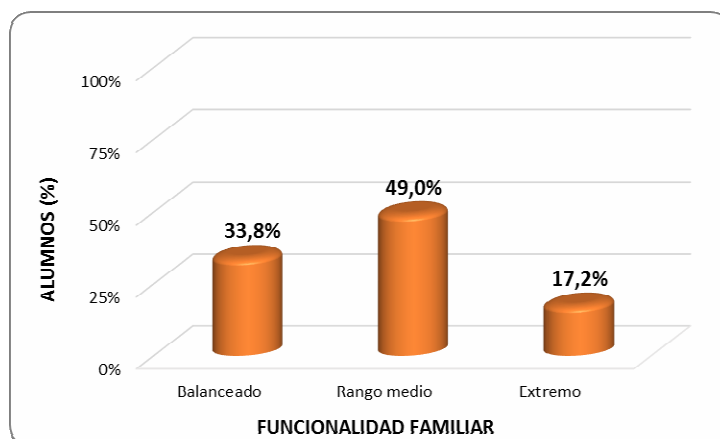


Tabla 5. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los escolares adolescentes de 3ro a 5to de secundaria de la I. E. Ricardo Palma de Surquillo, durante el periodo de estudio

Funcionalidad familiar	Depresión										p*
	Mínima		Leve		Moderada		Moderada severa		Severa		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Balanceado	31	20,5%	10	6,6%	8	5,3%	2	1,3%	-	-	0,033
Rango medio	31	20,5%	24	15,9%	5	3,3%	8	5,3%	6	4,0%	
Extremo	14	9,3%	4	2,6%	4	2,6%	3	2,0%	1	0,7%	

(*) Prueba de Chi-cuadrado

Del total de adolescentes escolares se observó que la mayoría de los alumnos con funcionalidad familiar balanceado y rango medio tenían depresión mínima (20,5% en cada uno); asimismo 24 (15,9%) alumnos tenía funcionalidad familiar de rango medio y

depresión leve; además, hubo 1 (4%) paciente que tenía funcionalidad familiar extremo y depresión severa (0,7%). Luego, podemos afirmar que existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la cohesión familiar ($p=0,033$). (Ver tabla 5)

5. DISCUSIONES

Respecto a la asociación entre funcionalidad familiar y depresión en 151 escolares adolescentes de 3ero a 5to año de secundaria de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo se encontró que la edad promedio fue 14,9 años siendo el grupo etario de 13 a 15 años el más frecuente (67,5%), la distribución por género mostró predominio del sexo masculino (62,9%) y de los adolescentes de quinto grado (35,1%). En relación a estas características, se encontraron resultandos distintos en el estudio de Ulate D.⁽¹⁸⁾ donde el promedio de edad fue 11,66 años y se registró mayor presencia del sexo femenino (54%). Asimismo, Pérez I, y col⁽¹⁹⁾ en tres colegios bogotanos encontraron un promedio de edad de 13,83 años, donde también predominó el género femenino (58,6%). En la investigación de Cogollo Z, y col⁽²⁾ la edad promedio fue 14,7 años y el 59% fueron mujeres. Barrientos V. y col⁽²⁰⁾ también encontraron una mayor frecuencia de estudiantes mujeres (71%) sin embargo el grupo etario de 13 a 15 años fue el más prevalente (61%) al igual que nuestra investigación.

El cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) para la depresión nos sirvió para clasificar esta patología obteniendo que la depresión mínima fue la más frecuente (50,3%), seguido de depresión leve (25,2%) y moderada (11,3%) mientras solo un 4,6% presentó depresión severa. Asimismo para el control de tratamiento encontramos que los estudiantes que tuvieron ≤ 4 puntos en el cuestionario no necesitan tratamiento, perteneciendo a este grupo el 50,3% de los adolescentes; de 5 a 14 puntos se recomienda utilizar juicio clínico (36,4%) y mayor a 15 puntos deben recibir tratamiento (13,2%). En relación a la depresión, Barrientos V. y col⁽²⁰⁾ encontraron depresión en el 7% de sus adolescentes, siendo mayor en el sexo femenino. Asimismo Pavez P, y col⁽¹⁴⁾ indicaron que 10 adolescentes presentaron depresión leve, 15, moderada y 7, grave. Por su parte Zapata J. y col⁽¹²⁾ encontraron un mayor predominio de la depresión leve (96.6%). En el estudio nacional de Torrel M, y col⁽²²⁾ a través del Test de Zung evaluaron adolescentes ligeramente y moderadamente deprimidos en el 29,5 y 11,4% respectivamente. Además es importante mencionar que Ulate D.⁽¹⁸⁾ al aplicar el tamizaje de riesgo del programa de atención integral de la adolescencia encontró que el 23,4% de los estudiantes tuvieron sensación de depresión y el 8,1%

tenía ideas de muerte. Asimismo Pérez I, y col⁽¹⁹⁾ al realizar una tamizaje juvenil observaron que el riesgo de comportamiento suicida fue mayor en los estudiantes con depresión (78,1% frente a 19,7%, $p < 0,001$).

Para evaluar la funcionabilidad familiar de los escolares adolescentes se empleó la escala FACES III que mide el grado de dos dimensiones (la adaptabilidad familiar y cohesión) categorizando a las familias en tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. En nuestro estudio la dimensión cohesión encontró que la mayoría de familias de los adolescentes escolares tenía una vinculación emocional separada entre sus miembros (31,8%); además en la dimensión adaptabilidad fue más frecuente la caótica (39,1%), lo que indica una alta capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Al clasificar la funcionalidad familiar en nuestro estudio se determinó una mayor prevalencia de funcionalidad rango medio (49%) seguido de funcionalidad balanceada (33,8%) y un menor porcentaje de funcionalidad extrema (17,2%) Resultados similares se encontraron en el estudio de Zapata J. y col⁽¹²⁾ clasificaron la disfunción familiar como moderada en 27.2% y grave en 5.9%. Por su parte Pavez P. y col⁽¹⁴⁾ al emplear la escala FACES III donde se determinó que existe una relación positiva entre ideación suicida y adaptabilidad familiar del adolescente ($r = 0,44$; $p = 0,01$).

Al analizar la relación entre depresión y funcionalidad familiar en los escolares adolescentes encontramos que aquellos que tenían depresión mínima presentaron una mayor frecuencia de funcionalidad balanceada y rango medio (20,5% en ambos casos), sin embargo en quienes tuvieron depresión severa ninguno presentó funcionalidad balanceada, por el contrario solo se identificó rango medio (4%) y extremo (0,7%). Finalmente se puede afirmar que existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la cohesión familiar ($p = 0,033$). En referencia a esta relación, Ulate D.⁽¹⁸⁾ determinó que la ausencia de la sensación de depresión se encuentra vinculada con la percepción de una buena función familiar ($p = 0,002$). Por ello propone que la familia funcional puede ser un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas. Asimismo Pérez I, y col⁽¹⁹⁾ encontraron que la depresión y la disfuncionalidad familiar son factores asociados al riesgo suicida. Por su parte, Zapata J.

y col⁽¹²⁾ encontraron que el 43.3% del total de los casos de depresión estuvo asociada a disfunción familiar. De igual manera, Torrel M, y col⁽²²⁾ evidenciaron que gran porcentaje de los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales acusaron depresión ligera y/o moderada. A diferencia de los demás estudios, Cogollo Z, y col⁽²⁾ no encontró asociación significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica.

6. CONCLUSIONES

- Según el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) se encontró depresión en todos los escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo, sin embargo se identificó depresión mínima en más del 50% de los estudiantes.
- Según la escala FACES III, la funcionalidad familiar de los escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo fueron principalmente de rango medio.
- Existe asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en escolares adolescentes de la Institución Educativa Ricardo Palma de Surquillo ($p=0,033$).

7. RECOMENDACIONES

- Para próximas investigaciones, ampliar el periodo de estudio y el tamaño de la muestra para mejorar la representatividad de los resultados encontrados.
- Para pasar a otro nivel de estudio, analizar la relación de cada dimensión de funcionalidad familiar con la depresión; luego determinar el grado de correlación entre la funcionalidad familiar y la depresión.
- En próximas investigaciones, comparar los resultados obtenidos del diagnóstico de depresión con diferentes escalas de medición de la depresión.
- Considerar los resultados de esta investigación para direccionar el diagnóstico y tratamiento de la depresión en la adolescencia con la finalidad de disminuir su frecuencia en esta población.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pardo, G, Sandoval, A y Umbarila, D. Adolescencia y Depresión. Rev Colomb Psicolog. 2004; 13: 13-28.
2. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, y Campo A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat. 2009; 38(4): 637-644.
3. Minuchin, S.; Fishman, H. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1985. p. 156-68.
4. Leyva R, Hernández AM, Nava G, y López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento Familiar. Rev Med Instit Mex Seg Soc. 2007; 45(3): 225-232.
5. Engels, RC.; Vermulst, AD.; Dubas JS.; Bot, SM.; Gerris, J. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. Eur Addict Res. 2005; 11(1):32-7.
6. Morla, R.; Saad, E.; Saad, J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Rev Colomb Psiquiatr. 2006; 35(2):149-66.
7. OMS. Salud del adolescente. En: Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Artículo de internet] Ginebra. OMS. [Citada 2014 dic 17]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/.
8. Vargas H, Tovar H, y Valverde JM. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003. Rev Neuropsiquiatr. 2010; 73 (3): 84-94.
9. American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with depressive disorders. 2007; 46 (11); 1503-26.
10. Benjet, C, Borges G, Medina E, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud pública Mex. 2004; 46(5):417.24.

11. Lewinsohn PM. The behavioral study and treatment of depression. En: Progress in behavior modification. New York. Academic Press. 1975: 19-59.
12. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B, Carrada T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; 64(5): 295-301.
13. Amezcuita ME, Gonzales RE, y Zuluaga D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. Hacia Prom Salud. 2008; 13: 143-153.
14. Pavez P, Santander N, Carranza J, y Vera P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Méd Chile. 2009; 137: 226-23.
15. Saad de Janon, J, y Saad de Janon, E. La depresión en la adolescencia y disfunción familiar: Un enfoque multidisciplinario. Rev de Psiquiat Psicol Niño Adolesc. [serie de internet] 2003 [citada 18/12/2014]; 3(1):4-27. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/13495/>
16. Saavedra J. Situación de la salud mental en el Perú. [Artículo de internet]. Lima. INSM. 2010. [citado 14/09/2014]. [64 paginas]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/SSMP/2012-SSMP/index.html#/64>.
17. Cachay P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana 2010. [tesis de grado]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011 [citada 18/12/2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3214/1/cachay_lp.pdf.
18. Ulate D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. Acta méd. Costarric. 2013; 55 (1): 18-23.
19. Pérez I, Téllez D, Vélez A, e Ibáñez M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. Rev. Colomb. Psiquiat. 2012; 41(1): 26-47.

20. Barrientos V, Mendoza HF, Sainz L, Pérez C, Gil I, y Soler E. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Arch Medic Famil. 2010; 12(3): 69-76.
21. Álvarez M, Ramírez B, Silva A, Coffin N, y Jiménez L. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther. 2009; 9(2): 205-216.
22. Torrel M, y Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2014. Ciencia y Desarrollo. 2014; 17 (1): 47-53.
23. Cortés A, Sordo M, Cumbá C, García R, y Fuentes J. Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de La Habana, 1995-1996. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2000; 38(1): 53-59.
24. Allen, F.; Alan, HB.; First, M. Trastornos del estado de ánimo. En: Allen F, Alan-Pincus B, First M, editores. DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Elsevier-Masson.1995. p. 323-33.
25. Aguilera RM, Carreño MS, y Juárez F. Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. Salud Mental. 2004; 27: 57-64.
26. Coleman J.C, y Hendry LB. Psicología de la Adolescencia. Madrid. Morata. 2004.
27. Unicef. La adolescencia una época de oportunidades. Nueva York. Unicef. 2011
28. Pedreira JL, y Martín L. Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. [Monografía de internet]. Madrid. Caritas. 2000. [citado 18/12/2014]. [69-89 paginas]. Disponible: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/570/04%20BASES%20PARA%20UNA%20COMPRESION%20ACTUALIZADA%20DS0120.pdf>.
29. Krauskopf D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. Salud. 1999; 1(2): 23-31.
30. García AR. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. [Tesis de grado]. México.

Universidad Nacional Autónoma de México. [Citado 18/12/2014]. Disponible en:

http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_alma_garcia.pdf

31. Unicef. El adolescente en la familia. [Artículo de internet]. Nueva York. Unicef. [Citado 18/12/2014]. [2 pantallas]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/child_family/22352_23544.html.
32. Gómez E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revi Intercont de Psico y Educ.* 2008; 10(2): 105-122.
33. Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, y Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(6):617-27.
34. MINSA. Guía de práctica clínica en depresión. Lima. MINSA. 2008.
35. Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-36.
36. Guía de práctica clínica en depresión. Resolución ministerial N° 422-2005/MINSA. (Memorándum N° 2218-20006-DGSP/MINSA 1 de junio de 2005).
37. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farás R, Fierro C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2012; 50(1): 10-22.
38. Calderón, M. Gálvez, B. Cueva, G, Ordóñez, C. Bromley, C. Fiestas, F. Validación de la versión peruana del PHQ 9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012; 29(4):578-85.
39. Soriano S, De la Torre R, y Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Fam.* 2003; 4(2):130-135.
40. Nuño BL, y Flores F. La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental.* 2004; 27: 26-34.

41. Rodríguez G. () Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Méd IMSS.2004; 42 (2): 96-102.
42. Munro S. Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar, Zona N°1. IMSS, Colima. [tesis de especialidad]. México. Universidad de Colima 2005 [citada 18/12/2014]. Disponible en: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/Sandra_Rebeca_Munro_Glez.PDF.
43. Ponce R, Gómez C, Terán T, e Irigoyen C. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México).Rev de Atenc Prim. 2002; 30(10): 624-630.
44. Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escrit Psicolog. 2009; 3(2):30-36.

9. GLOSARIO

- **Conducta disocial:** patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales no adecuadas a la edad del sujeto, provocando un deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral, pudiendo presentarse en el hogar, en la escuela y/o en la comunidad.
- **Depresión mayor:** enfermedad asociada a síntomas de naturaleza emocional, vegetativos y físicos; entre éstos se encuentran los de naturaleza dolorosa.
- **Dopamina:** neurotransmisor catecolaminérgico más importante del Sistema Nervioso Central (SNC) de los mamíferos y participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad así como en la comunicación neuroendócrina.
- **familia disfuncional:** cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.
- **labilidad emocional:** Conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico.
- **Salud mental:** la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar entre sí de manera tal que promuevan el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y utilización de habilidades mentales, el logro de los objetivos individuales y colectivos consistentes con la justicia y la obtención y preservación de las condiciones básicas de igualdad.

10. ANEXOS

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA INFORMATIVA

El estudio que a continuación les presento lleva como nombre: “Asociación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos en escolares adolescentes de la I.E. Ricardo Palma de Surquillo”.

La siguiente encuesta a realizar consta de 2 páginas, cada una de ellas conteniendo preguntas con respuestas cerradas que deben ser marcadas con un aspa (x) o una cruz (+) por el alumno. Deberá leer detenidamente y escoger la alternativa que mejor se adecue a su caso. La encuesta es totalmente confidencial, por lo cual le pedimos que trate de ser lo más honesto y serio posible a la hora de contestar las preguntas. Hay una sola respuesta por pregunta. Además no existen respuestas buenas o malas. La participación en el llenado de la encuesta es totalmente voluntaria. Aquellos alumnos que no deseen participar pueden dejar las hojas de respuestas en blanco. Los resultados obtenidos en el llenado de la encuesta serán solamente utilizados para los propósitos de la investigación antes mencionada y no se utilizarán para otros propósitos.

ENCUESTA

Nombre: _____ Parentesco _____

Edad: _____ Sexo: F () M () Año de Estudio: _____

1. A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una “x” su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de familia					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Nombre: _____ Parentesco: _____
 Edad: _____ Sexo: F () M () Año de Estudio: _____

2. En las siguientes preguntas, por favor responda honestamente ¿En las últimas dos semanas con qué frecuencia ha sentido molestias por cualquiera de los siguientes problemas?
 (Marque su respuesta con una "X")

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a triste o sin esperanzas				
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o con poca energía				
5. Poco apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal acerca de si mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a si mismo / o a su familia				
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado ó lo contrario-estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a ó que quisiera hacerse daño de alguna forma				

3. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al estudiar y/o trabajar o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Valor	Tipo	Instru- mento
Edad	Años cumplidos	Años cumplidos		Cuantitativa, discreta	Cuestionario
Sexo	Fenotipo biológico	hombre / mujer	Masculino femenino	Cualitativa, nominal	Cuestionario
Funcionamiento familiar	Como se llevan en la familia en cuanto a la unión Si hay o no cambio de roles	Por amplitud de clase de cohesión no relacionada de 10 a 34, semirrelacionada de 35 a 40, relacionada de 41 a 45, aglutinada de 46 a 50. Por adaptabilidad de amplitud de clase: rígida de 10 a 19, estructurada de 20 a 24, flexible de 25 a 28, caótica de 29 a 50.	0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre	Cualitativa, nominal	Cuestionario Faces III
Depresión	El puntaje alcanzado según encuesta PHQ - 9	<= 4: La puntuación indica que el paciente no necesita tratamiento para la depresión. >5 a 14: El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional. >=15: Se justifica el tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.	0: nunca 1: varios días 2: más de la mitad de los días 3: casi todos los días	Cualitativa, nominal	Cuestionario PHQ - 9
Escolar adolescente	Estudiante matriculado	Nivel Secundario	Tercer grado Cuarto grado Quintogrado	Cualitativa, Ordinal	Cuestionario